

## Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) - 7-17 Jahre

Name \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Viele Menschen erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Hier ist eine Liste belastender und erschreckender Ereignisse, wie sie manchmal passieren. Kreuze JA an, wenn es Dir passiert ist. Kreuze NEIN an, wenn es Dir nicht passiert ist.**

1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer  Ja  Nein
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie z.B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss  Ja  Nein
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen  Ja  Nein
4. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt in Deiner Familie  Ja  Nein
5. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu Deiner Familie gehört  Ja  Nein
6. Gesehen, wie jemand in Deiner Familie geohrfeigt, geschlagen, oder verprügelt wurde  Ja  Nein
7. Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde  Ja  Nein
8. Jemand, der älter ist als Du, hat Dich unerlaubt an deinen Geschlechtsteilen berührt  Ja  Nein
9. Jemand hat Dich zu Sex gezwungen oder Du konntest nicht nein sagen  Ja  Nein
10. Eine Dir nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben  Ja  Nein
11. Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt  Ja  Nein
12. Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde  Ja  Nein
13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung  Ja  Nein
14. Im Kriegsgebiet gewesen  Ja  Nein
15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis?  
Beschreibung: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Welches Ereignis belastet Dich heute noch am meisten? Nr.: \_\_\_\_\_

**Wenn Du mindestens einmal JA angekreuzt hast, beantworte bitte die nächsten Fragen.**

**Kreuze bei den folgenden Aussagen 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Dich in den letzten 2 Wochen belastet haben:**

**0 = nie / 1 = selten / 2 = oft / 3 = fast immer**

	nie	selten	oft	fast immer
1. Beunruhigende Gedanken oder Bilder von dem Ereignis kommen in meinen Kopf.	0	1	2	3
2. Schlechte Träume erinnern mich daran was passiert ist	0	1	2	3
3. Ich habe das Gefühl, als würde es wieder passieren.	0	1	2	3
4. Ich bin sehr beunruhigt, wenn ich daran erinnert werde.	0	1	2	3
5. Ich habe starke körperliche Gefühle (Schwitzen, Herzklopfen, Übelkeit), wenn mich etwas daran erinnert.	0	1	2	3
6. Ich versuche nicht daran zu denken, was passiert ist, oder keine Gefühle dabei zu haben.	0	1	2	3
7. Ich bleibe weg von allem was mich daran erinnert was passiert ist (Leute, Orte, Dinge, Situationen oder Gespräche).	0	1	2	3
8. Ich kann mich an Teile von dem Ereignis nicht erinnern.	0	1	2	3
9. Ich habe negative Gedanken über mich oder andere, wie z.B. „ich werde kein gutes Leben haben“, „man kann niemandem trauen“, „die ganze Welt ist unsicher“.	0	1	2	3
10. Ich gebe mir selbst die Schuld daran was passiert. Oder ich beschuldige jemanden, der nichts dafür kann.	0	1	2	3
11. Ich habe oft schlechte Gefühle (Angst, Wut, Schuld, Scham).	0	1	2	3
12. Ich habe keine Lust mehr zu Sachen, die ich früher gemacht habe.	0	1	2	3
13. Ich fühle mich anderen Menschen nicht nah.	0	1	2	3
14. Ich kann keine guten oder glücklichen Gefühle haben.	0	1	2	3
15. Ich bin wütend, habe Wutanfälle oder lasse meine Wut an anderen aus.	0	1	2	3
16. Ich mache gefährliche Dinge.	0	1	2	3
17. Ich bin übervorsichtig (passe auf, wer in der Nähe ist).	0	1	2	3
18. Ich erschrecke leicht.	0	1	2	3
19. Ich kann schlecht aufpassen.	0	1	2	3
20. Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen.	0	1	2	3

**Bitte kreuze JA oder NEIN an, ob diese Probleme Dich dabei gestört haben:**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Mit anderen auskommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 4. Mit meiner Familie auskommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Hobbies/ Spaß haben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   | 5. Glücklich sein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein               |
| 3. Schule <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                |   |